

# 開示等に関する請求書

【依頼者及び代理人】

NO.

ご依頼日	年	月	日
本人	氏名		
	住所	〒	—
	電話番号	—	—
	E-mail		
	本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	
代理人	氏名		
	住所	〒	—
	電話番号	—	—
	本人確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	

【ご依頼内容】

<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示	<input type="checkbox"/> 個人情報の訂正
<input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止等	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	<input type="checkbox"/> その他 (連絡、苦情等)
該当する情報	(訂正の場合) 旧 : _____ →新 : _____	
理由	(当社の保有個人情報を特定するための参考として、具体的な理由を記入願います)	
開示方法	<input type="checkbox"/> 書面での回答を希望 <input type="checkbox"/> メールでの回答を希望	

[当社記入欄]

受付日	年	月	日
受付担当者	部		
本人 (代理人) 確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
個人情報の管理部門			
該当する個人情報名			
実施日	年	月	日
依頼者への連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他
連絡先			
<input type="checkbox"/> 利用目的の通知	<input type="checkbox"/> 個人情報の開示	<input type="checkbox"/> 個人情報の訂正	
<input type="checkbox"/> 個人情報の利用停止等	<input type="checkbox"/> 第三者提供の停止	<input type="checkbox"/> その他 (連絡、苦情等)	
承認			
(個人情報問合せ窓口責任者) 印			
年 月 日			